Zdrowie Publiczne i Zarządzanie 2025; 23 (1): 20–28
www.ejournals.eu/czasopismo/zdrowie-publiczne-i-zarzadzanie, doi:10.4467/20842627OZ.25.004.22049

Motywacje i czynniki determinujące decyzje ciężarnych dotyczące płatnych usług zdrowotnych

Natalia Magdalena Pilarska https://orcid.org/0009-0006-5080-7808
Anna Weronika Szablewska https://orcid.org/0000-0001-8565-027X

Zakład Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu z Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej i IPiP, Gdański Uniwersytet Medyczny, Polska

Adres do korespondencji: Natalia Pilarska, Zakład Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Dębinki 7, 80-211 Gdańsk, natalia.pilarska@gumed.edu.pl

Abstract

The choice of paid health services by pregnant women – the factors and the motivations of decision-making

During pregnancy women often have to make decisions concerning their healthcare that may have long-term consequences for themselves and their offspring. Despite the availability of a wide range of health services within the public healthcare system, more and more pregnant women decide to use paid medical services, such as pregnancy care and diagnostics offered by the private sector. The aim of this study was to identify factors influencing pregnant women's decision-making and to learn about patients' motivations to choose paid medical services that are not covered by the reimbursement. The study was conducted from September to December and involved 303 pregnant women. The study was conducted using the CAWI method, using the Polish adaptation of the Pregnancy-Related Anxiety Questionnaire – Revised 2 (PRAQ-R2) tool and author's questions. The data were processed using the Statistica 13.3 statistical package. Analyses showed that the main factor influencing the choice of paid health services was the level of education amongst the respondents. Place of residence and economic status were also predictors of similar strength. Experiencing pregnancy loss is associated with a greater willingness to use private health services, while having a successful delivery reduces the willingness to use the private health sector. The occurrence of anxiety during pregnancy did not affect the decision to use paid health services.

Keywords: **access to health care, pregnancy, socioeconomic factors**

Słowa kluczowe: **ciąża, czynniki społeczno-ekonomiczne, dostęp do opieki zdrowotnej**

Wprowadzenie

Współczesny system opieki zdrowotnej w wielu krajach, w tym w Polsce, stoi przed wyzwaniami związanymi z zapewnieniem wysokiej jakości usług zdrowotnych dla kobiet w ciąży. Ciąża jako okres szczególny dla przyszłej matki wymaga dostępu do kompleksowej i dostosowanej do indywidualnych potrzeb opieki. Coraz więcej ciężarnych decyduje się na korzystanie z płatnych usług medycznych, mimo teoretycznie szerokiej dostępności świadczeń w publicznym systemie ochrony zdrowia [1–3]. W kontekście tego badania przez „prywatną opiekę" rozumiana jest zarówno całość prowadzenia ciąży w ramach sektora prywatnego, jak i korzystanie z pojedynczych usług, takich jak konsultacje, badania prenatalne czy dodatkowe badania diagnostyczne, które nie są dostępne w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej.

Od 5 czerwca 2024 r. w Polsce każda kobieta, która jest w ciąży, może wykonać badania prenatalne bezpłatnie – niezależnie od swojego wieku [4]. Dodatkowo od 14 października 2024 r. możliwa jest darmowa szczepionka przeciw krztuścowi, która zalecana jest wszystkim kobietom w 27.–36. tygodniu ciąży, a w uzasadnionych przypadkach zagrożenia przedwczesnym porodem – po ukończeniu 20. tygodnia ciąży [5]. Narodowy Fundusz Zdrowia z roku na rok wprowadza coraz więcej możliwości dla kobiet ciężarnych [6].

Decyzje kobiet o korzystaniu z usług sektora prywatnego są złożone i zależą od wielu czynników. W literaturze przedmiotu wskazuje się, że motywacją do takich wyborów jest nie tylko dążenie do poprawy komfortu i jakości opieki, ale także poszukiwanie poczucia bezpieczeństwa i kontroli nad przebiegiem ciąży [7]. Badania wykazały istotny związek między sytuacją materialną i mieszkaniową a utrzymującym się wysokim poziomem lęku w trakcie ciąży [8]. Ponadto dostępne badania przeprowadzone w Polsce nadal wskazują na niedostateczny poziom wiedzy dotyczącej chorób i zakażeń szczególnie niebezpiecznych w okresie ciąży [9–10]. W celu poprawy jakości opieki okołoporodowej zaleca się rozwijanie trójstopniowego modelu opieki perinatalnej oraz wdrażanie programów zapewniających jego finansowanie [11]. Analiza rozmów z pacjentkami sugeruje, że wymienione czynniki często skłaniają kobiety w ciąży do korzystania z odpłatnych usług zdrowotnych. W Irlandii niemal jedna trzecia ciężarnych korzystała z płatnych usług zdrowotnych, mimo dostępności publicznych świadczeń [12].

W Polsce według badania przeprowadzonego w 2021 r. zaobserwowano, że 78,4% kobiet w ciąży skorzystało z prywatnych konsultacji prenatalnych w trakcie trwania ciąży [13].

Rozwój prywatnego sektora medycznego w naszym kraju jest związany z licznymi reformami systemu ochrony zdrowia, które miały miejsce po transformacji ustrojowej. Zmiany te prowadziły do zwiększenia autonomii placówek medycznych oraz rozwoju rynku prywatnych usług zdrowotnych, co umożliwiło pacjentom dostęp do bardziej zindywidualizowanej opieki [15]. Analizując uwarunkowania prawne i społeczne, nie sposób pominąć kwestii zdrowia reprodukcyjnego w odniesieniu do wyroku Trybunału Konstytucyjnego z 22 października 2020 r. (sygn. akt K 1/20), który wpłynął na obowiązujące przepisy dotyczące prawa aborcyjnego. Zmiany te wywołały wśród kobiet obawy związane z możliwością wykrycia wad płodu oraz ograniczonym dostępem do terminacji ciąży. W konsekwencji mogły one wpłynąć na postawy wobec planowania rodziny oraz decyzje dotyczące posiadania potomstwa [14–17]. Regulacje prawne oraz kwestie związane z bezpieczeństwem zdrowotnym stanowią istotne czynniki kształtujące podejście kobiet do opieki okołoporodowej [17].

Jednym z istotnych elementów wpływających na decyzje zdrowotne kobiet w XXI w. jest internet. Należy zwrócić uwagę na rolę twórców internetowych, którzy mogą oddziaływać na postrzeganie i korzystanie z dodatkowych usług medycznych. Ponadto dynamiczny rozwój telemedycyny przyczynia się do zwiększenia dostępności konsultacji specjalistycznych oraz wsparcia medycznego na odległość [18].

Sektor prywatnych usług medycznych w położnictwie często jest przedstawiany jako alternatywa o wyższej jakości, oferująca lepszy dostęp do nowoczesnych technologii diagnostycznych oraz bardziej elastyczne podejście do potrzeb pacjentek [19]. Prywatna opieka okołoporodowa w Polsce bywa postrzegana jako „inwestycja w spokój", zapewniająca większe poczucie bezpieczeństwa oraz lepszą komunikację z personelem medycznym [13]. Badania wskazują, że kobiety w ciąży, zwłaszcza te o wyższym poziomie wykształcenia i dochodów, częściej decydują się na prywatne usługi zdrowotne, co wynika z ich oceny jakości i dostępności tych świadczeń [20].

Z perspektywy emocjonalnej ciąża jest okresem niepewności, często także lęku, przez co wiele kobiet szuka poczucia kontroli i bezpieczeństwa, co dodatkowo je motywuje do korzystania z prywatnych usług medycznych [13].

Mimo rosnącego zainteresowania prywatnymi usługami zdrowotnymi wśród ciężarnych wciąż niewiele wiadomo na temat szczegółowych motywacji stojących za tymi decyzjami oraz o tym, jak czynniki socjodemograficzne i psychologiczne kształtują postrzeganie tych usług. Brakuje również kompleksowych badań analizujących wpływ dostępu do informacji, rekomendacji oraz poziomu zaufania do systemu opieki zdrowotnej na proces podejmowania decyzji przez pacjentów.

Zrozumienie tych mechanizmów jest istotne nie tylko z perspektywy optymalizacji oferty medycznej w sektorze prywatnym, ale także w kontekście tworzenia polityk zdrowotnych, które skuteczniej odpowiadałyby na potrzeby kobiet w ciąży. Dalsze badania mogą się przyczynić do wspierania ciężarnych w podejmowaniu świadomych decyzji dotyczących ich zdrowia oraz zdrowia ich dzieci, co ma fundamentalne znaczenie dla poprawy wyników zdrowotnych zarówno matek, jak i noworodków.

Celem niniejszej pracy była przede wszystkim identyfikacja czynników wpływających na decyzje podejmowane przez kobiety w ciąży oraz zrozumienie ich motywacji do korzystania z odpłatnych usług medycznych, nieobjętych refundacją. Badanie obejmuje identyfikację czynników emocjonalnych, psychologicznych oraz socjodemograficznych, które wpływają na te wybory. Zrozumienie tych aspektów pozwoli na sformułowanie rekomendacji zarówno dla usługodawców medycznych, jak i dla decydentów odpowiedzialnych za polityki zdrowotne.

Materiał i metody

Projekt badania i uczestnicy

Badanie miało charakter przekrojowy i zostało przeprowadzone w IV kwartale 2024 r. Uczestniczyły w nim 303 kobiety w wieku od 18 do 41 lat (M = 28,39; SD = 5,02). Rekrutacja respondentek odbywała się za pośrednictwem kanałów internetowych, w tym mediów społecznościowych, grup tematycznych oraz forów dyskusyjnych, na których aktywnie udzielają się kobiety w ciąży.

Kryterium włączenia do badania stanowił wiek od 18 do 41 lat, miejsce zamieszkania w Polsce oraz świadoma zgoda na udział w badaniu. Kryteriami wykluczenia były wiek poniżej 18. roku życia lub powyżej 41. roku życia oraz brak ciąży w momencie przeprowadzania badania.

Zbieranie danych

Dane zostały zebrane za pomocą metody CAWI (Computer-Assisted Web Interview), umożliwiającej przeprowadzanie

wywiadów online. Uczestniczki wypełniały ankietę dostarczoną im za pośrednictwem unikalnego łącza internetowego, co zapewniało eliminację wielokrotnych odpowiedzi od tej samej osoby.

Ankieta zawierała pytania zamknięte (jednokrotnego i wielokrotnego wyboru), dotyczące informacji socjodemograficznych, zdrowotnych oraz decyzji związanych z ciążą. W pytaniach wielokrotnego wyboru respondentki miały również możliwość wyboru opcji „inne" i samodzielnego wpisania odpowiedzi, co pozwalało na uwzględnienie czynników nieobecnnych w predefiniowanych kategoriach. Dodatkowo, w celu oceny wpływu lęku związanego z ciążą na podejmowane decyzje, w badaniu wykorzystano polską adaptację narzędzia *Pregnancy-Related Anxiety Questionnaire – Revised 2* (PRAQ-R2) autorstwa Mikołajków, Fuchsa i Małyszczaka [21]. Równolegle istnieje także kolejna polska adaptacja tego narzędzia, opracowana przez Michalik, Wójcicką i współautorów [22].

Kwestionariusz *Pregnancy-Related Anxiety Questionnaire – Revised 2* służy do pomiaru poziomu lęku związanego z ciążą i składa się z 10 pozycji ocenianych na pięciostopniowej skali Likerta (od 1 = „zdecydowanie się nie zgadzam" do 5 = „zdecydowanie się zgadzam"). Wynik ogólny stanowi sumę punktów uzyskanych w poszczególnych pozycjach, co daje zakres wyników od 10 do 50. Im wyższy wynik, tym wyższy ogólny poziom lęku związanego z ciążą.

Zmienne

Zmienne niezależne obejmowały: dane socjodemograficzne (wiek, miejsce zamieszkania, poziom wykształcenia, status ekonomiczny, zatrudnienie, stan cywilny), zmienne związane z ciążą: deklaracje dotyczące poprzednich ciąż, porodu, problemów z poronieniem i martwym urodzeniem, zmienne kliniczne – obecność chorób przewlekłych u respondentki lub jej rodziny, zmienne związane z lękiem w ciąży mierzone za pomocą kwestionariusza PRAQ-R2.

Zmienne zależne w badaniu obejmowały odpowiedzi na pytania dotyczące decyzji kobiet w ciąży o korzystaniu z odpłatnych usług medycznych, takich jak dodatkowe badania diagnostyczne czy opieka okołoporodowa oferowana przez sektor prywatny. Poziom korzystania z usług prywatnych został zmierzony za pomocą punktacji przyznawanej odpowiedziom na pytania dotyczące wykorzystywania usług medycznych w czasie ciąży. Na każde pytanie dotyczące skorzystania z płatnych usług medycznych przypisano wartość: 1 dla odpowiedzi „TAK" i 0 dla odpowiedzi „NIE". Wartości te zostały następnie zsumowane, tworząc zmienną o charakterze ilościowym, gdzie wyższa suma wskazywała na większą liczbę usług prywatnych i wyższy poziom korzystania z opieki zdrowotnej oferowanej przez sektor prywatny.

Zakres badania i wielkość próby

Zgodnie z danymi Głównego Urzędu Statystycznego w pierwszych trzech kwartałach 2024 r. w Polsce urodziło się około 192 tysięcy dzieci. Zatem dla populacji kobiet w ciąży w wieku 18–41 lat, przy poziomie ufności 95% i maksymalnym błędzie ±5%, minimalna wymagana liczba respondentek wynosi 384 osoby.

W badaniu wzięły udział 303 respondentki, co przy założeniu poziomu ufności 95% oraz frakcji 0,5 skutkuje maksymalnym błędem wynoszącym 5%. Pomimo że minimalna liczba respondentek wynosiła 384 osoby, próba 303 kobiet w pełni wystarczała do analizy zjawisk i identyfikacji czynników wpływających na decyzje podejmowane przez kobiety w ciąży. Ostateczny błąd w przypadku tego badania wynosił 5,64%, co mieści się w akceptowalnym zakresie dla badań przekrojowych.

Zarządzanie danymi i jakość danych

Aby zapewnić wysoką jakość i wiarygodność danych, zastosowano różnorodne środki ostrożności, w tym monitorowanie czasu spędzonego na wypełnianiu ankiety oraz unikalne identyfikatory uczestniczek, które zapobiegały wielokrotnemu udzielaniu odpowiedzi przez tę samą osobę. System CAWI umożliwił również identyfikację anomalii, takich jak zbyt szybkie wypełnianie ankiety, co mogło sugerować brak staranności w udzielaniu odpowiedzi.

Analiza statystyczna

Zebrane dane zostały opracowane za pomocą pakietu statystycznego Statistica 13.3. Zmiennymi ilościowymi posłużono się w opisach statystycznych za pomocą średniej, odchylenia standardowego oraz wartości minimalnych i maksymalnych. Dla zmiennych jakościowych podano liczbę i odsetek kategorii.

Zależności między zmiennymi zbadano za pomocą regresji liniowej, stosując zarówno metodę wprowadzania zmiennych, jak i metodę selekcji wstecznej. Zastosowano również analizę częstości odpowiedzi, szczególnie w kontekście hierarchii powodów korzystania z prywatnej opieki okołoporodowej.

Wszystkie testy statystyczne zostały przeprowadzone na poziomie istotności $\alpha = 0,05$.

Etyka

Badanie zostało przeprowadzone zgodnie z Deklaracją Helsińską i uzyskano zgodę Niezależnej Komisji Bioetycznej ds. Badań Naukowych przy Gdańskim Uniwersytecie Medycznym (KB/428/2024). Wszystkie uczestniczki zostały poinformowane o celu badania i wyraziły pisemną zgodę na udział w badaniu.

Wyniki

W badaniu udział brało 303 kobiet w wieku od 18 do 41 lat (M = 28,39; SD = 5,02). Tabela 1 zawiera podsumowanie opisu grupy wykorzystujące zmienne socjodemograficzne, zmienne związane ze zdrowiem reprodukcyjnym (historią położniczą) oraz zmienne kliniczne.

Oceniając zaprezentowane w tabeli dane, można zauważyć, że jedynie ¼ próby mieszkała poza miastem, na terenach wiejskich. Pozostała część kobiet wskazała miasta różnej wielkości. Warto także zauważyć, że wykształcenie

Zmienna		Wartość	N	%
Socjodemograficzna	Miejsce zamieszkania	Wieś	74	24,42
		Małe miasto (mniej niż 20 000 mieszkańców)	28	9,24
		Średnie miasto (20 000–100 000 mieszkańców)	75	24,75
		Duże miasto (więcej niż 100 000 mieszkańców)	126	41,58
	Wykształcenie	Podstawowe	12	3,96
		Zawodowe	19	6,27
		Średnie	84	27,72
		Wyższe	188	62,05
	Status ekonomiczny	Źle	5	1,65
		Przeciętnie	51	16,83
		Dobrze	187	61,72
		Bardzo dobrze	60	19,80
	Praca zawodowa	Nie	28	9,24
		Tak	275	90,76
	Stały związek	Nie	32	10,56
		Tak	271	89,44
Związana z macierzyństwem	Kolejna ciąża	Nie	139	45,87
		Tak	164	54,13
	Kolejne porody	Nie	157	51,82
		Tak	146	48,18
	Przebyte poronienia	Nie	245	80,86
		Tak	58	19,14
Kliniczna	Choroby przewlekłe (moje)	Nie	148	48,84
		Tak	155	51,16
	Choroby przewlekłe (rodzina)	Nie	80	26,40
		Tak	223	73,60

Tabela 1. Charakterystyka grupy badanej
Źródło: opracowanie własne.

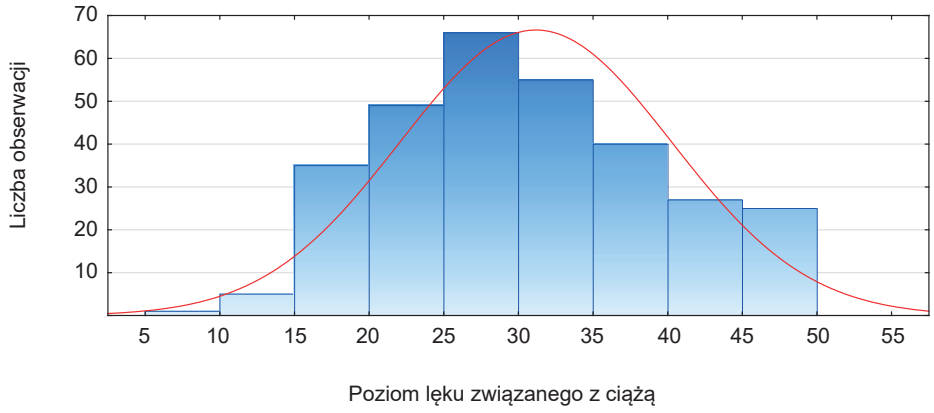
wyższe określiło ponad 62% próby. Jedynie 18% badanych kobiet określiło swój status ekonomiczny jako zły lub przeciętny, podczas gdy pozostała część wskazywała odpowiedzi „dobry" i „bardzo dobry". Mniej niż 10% badanych kobiet zadeklarowało brak pracy, informując o braku stałego źródła utrzymania. Podobnie bliska liczba 11% próby wskazała na brak stałego związku. Blisko 90% kobiet zadeklarowało, że posiada stałe zatrudnienie oraz pozostaje w związku formalnym. Drugą grupą zmiennych były obszary związane ze zdrowiem reprodukcyjnym. W odpowiedziach zauważyć można, że blisko 46% deklaruje, iż aktualnie są w pierwszej ciąży. Podobnie bliska niej liczba kobiet (52%) wskazała, że będzie to ich pierwszy poród. Występowanie wcześniejszych problemów (poronienie, urodzenie martwego dziecka) oznaczyło 19% badanej grupy. W ostatniej grupie zmiennych klinicznych ponad 51% kobiet wskazało na występowanie u nich chorób przewlekłych i aż 74% z nich wskazało na choroby przewlekłe w rodzinie.

Opisane w tej części zmienne opisu grupy trafiły do analizy w związku z poziomem wyboru prywatnej opieki zdrowotnej. Wykorzystaną w tych modelach zmienną był także lęk związany z ciążą. Zmienną tę przedstawiono na rysunku 1.

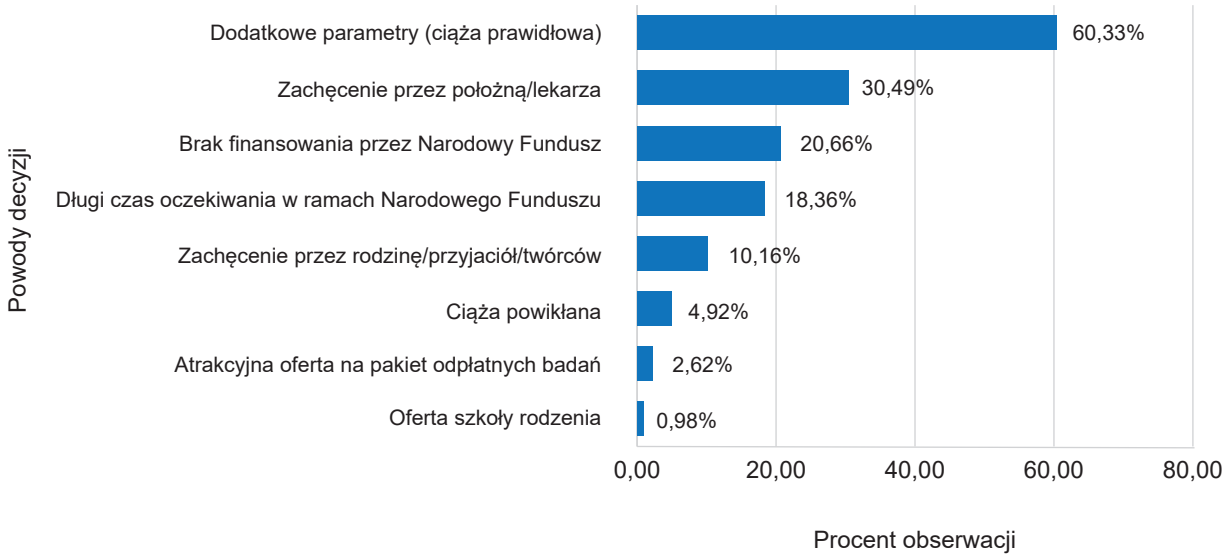
W badaniu uzyskano wyniki lęku w trakcie ciąży w przedziale od 10 do 50 punktów(M = 31,03; SD = 9,07). Oceniając rozkład, można zauważyć jego niewielką asymetrię (SKE = 0,23) i nieznaczną przewagę liczby wysokich osiąganych wyników nad niskimi. Zdecydowanie najliczniejszą grupę stanowią kobiety uzyskujące wyniki położone wokół średniej. Koncentracja tych wyników jest jednak mniej wyraźna, a ocena kurtozy (K = –0,70) pozwala na wniosek o większym zróżnicowaniu osiąganych wartości. Opisany pomiar lęku także stanowił predyktor poziomu prywatnej opieki zdrowotnej w analizie przedstawionej w tej pracy.

Pierwsze pytanie badawcze dotyczyło możliwych przyczyn decyzji o korzystaniu z prywatnej opieki okołoporodowej. W analizie liczebności przedstawionej na rysunku 2 pokazano wskazywane odpowiedzi.

Oceniając wyniki, można zauważyć, że ponad 60% kobiet wskazało jako przyczynę chęć pewności, sprawdzenia dodatkowych parametrów mimo braków oznak



Rysunek 1. Poziom lęku związanego z ciążą w grupie badanej
Źródło: opracowanie własne.



Uwaga. Analiza została przeprowadzona dla liczby obserwacji N = 303.

Rysunek 2. Decyzje wskazujące powody do skorzystania z prywatnych usług zdrowotnych
Źródło: opracowanie własne.

nieprawidłowego przebiegu ciąży. Wyraźnie rzadziej pojawiały się pozostałe wskazania. Sugestia lekarza/położnej była wskazana przez ponad 30% badanych. Niewiele mniej niż 5% wskazało jako przyczynę prywatnej opieki nieprawidłowy przebieg ciąży.

Poszukując odpowiedzi na pytania badawcze 2–5 identyfikujące predyktory poziomu korzystania z prywatnej opieki okołoporodowej, wykorzystano modele regresji liniowej. Tabela 2 opisuje wyniki regresji wykorzystujące grupy predyktorów zmiennych socjodemograficznych, związanych ze zdrowiem reprodukcyjnym, zmiennymi klinicznymi oraz lękiem związanym z ciążą.

Analiza pokazała, że model wykorzystujący zmienne socjodemograficzne był dobrze dopasowany do danych i wyjaśniał 7% zmienności wyników poziomu opieki prywatnej. W modelu tym istotnym predyktorem okazała się edukacja. Związek ten był dodatni i słaby, co oznacza, że wraz ze wzrostem poziomu edukacji rośnie poziom korzystania z prywatnej opieki. Predyktorem o podobnej sile, jednak nieistotnym w modelu (tendencja statystyczna), było miejsce zamieszkania oraz status ekonomiczny. Im większe miejsce zamieszkania oraz lepszy status materialny, tym wyższe wyniki poziomu opieki prywatnej. Pozostałe zmienne w modelu były nieistotne statystycznie.

W modelu drugim wykorzystano zmienne związane z historią położniczą. Istotnymi predyktorami były poprzednie urodzenie już dziecka oraz poprzednie ciąże. Co ciekawe, wystąpienie poprzedniego porodu korelowało z poziomem opieki prywatnej w sposób umiarkowany i ujemny. Kobiety, które deklarowały wcześniejsze porody,

Model	Predyktor	B	SE	β	t	p
1	Wiek	0,02	0,02	0,05	0,81	0,420
	Miejsce zamieszkania	0,14	0,07	0,11	1,88	0,062
	Wykształcenie	**0,30**	**0,14**	**0,15**	**2,19**	**0,029**
	Status ekonomiczny	0,28	0,14	0,12	1,96	0,051
	Praca zawodowa Nie –> Tak	0,23	0,34	0,04	0,69	0,492
	Stan cywilny Nie –> Tak	–0,14	0,29	–0,03	–0,49	0,623
2	Kolejna ciąża Nie –> Tak	0,91	0,46	0,29	1,99	0,048
	Kolejny poród Nie –> Tak	**–1,11**	**0,44**	**–0,36**	**–2,52**	**0,012**
	Wcześniejsze poronienia Nie –> Tak	–0,26	0,27	–0,06	–0,95	0,342
3	Choroby przewlekłe (moje) Nie –> Tak	0,31	0,19	0,10	1,65	0,100
	Choroby przewlekłe (rodzina) Nie –> Tak	0,24	0,21	0,07	1,14	0,255
4	Lęk związany z ciążą	0,01	0,01	0,06	1,09	0,275

Model 1: $F(6, 296) = 4{,}67$; $p < 0{,}001$, adjusted $R^2 = 0{,}07$. Model 2: $F(2, 299) = 2{,}32$; $p = 0{,}076$, adjusted $R^2 = 0{,}01$.
Model 3: $F(2, 300) = 2{,}89$; $p = 0{,}058$, adjusted $R^2 = 0{,}01$. Model 4: $F(1, 301) = 1{,}19$; $p = 0{,}276$, adjusted $R^2 = 0{,}00$.
B – niewystandaryzowany współczynnik regresji, *SE* – błąd standardowy, β – wystandaryzowany współczynnik regresji, *t* – wartość testu, *p* – wartość istotności statystycznej

Tabela 2. Szczegółowe modele regresji liniowej poziomu korzystania z prywatnej opieki zdrowotnej
Źródło: opracowanie własne.

rzadziej korzystały z prywatnej opieki zdrowotnej. Deklaracja poprzednich ciąż korelowała z poziomem opieki w sposób dodatni i słaby. Kobiety deklarujące poprzednie ciąże osiągały wyższe wyniki prywatnej opieki zdrowotnej. Trzeba jednak zaznaczyć, że model ten nie był dobrze dopasowany do danych i wyjaśniał jedynie 1% zmienności wyników opieki zdrowotnej.

Podobnie niedobrze dopasowane do danych były modele wykorzystujące choroby przewlekłe (zmienne kliniczne) oraz lęk w ciąży. Modele te potrafiły wyjaśnić do 1% zmienności poziomu opieki zdrowotnej. Co więcej, predyktory chorób przewlekłych oraz lęku w ciąży nie były istotnie związane z poziomem prywatnej opieki zdrowotnej.

Odpowiadając na ostatnie pytanie badawcze dotyczące najsilniejszych predyktorów prywatnej zdrowotnej opieki okołoporodowej, wykorzystano modele regresji ujmujące wszystkie zmienne niezależne. Model opracowano metodą wprowadzania oraz selekcji, czego efektem był model ogólny oraz model najsilniejszy ujmujący jedynie istotne predyktory.

Pierwszy z modeli prezentowany w Tabeli 3, zawierający wszystkie predyktory wykorzystane w badaniu, był dobrze dopasowany do danych i wyjaśniał 10% zmienności zmiennej poziomu prywatnej opieki zdrowotnej. W modelu istotnymi predyktorami okazały się: edukacja i miejsce zamieszkania (korelacje słabe) oraz występowanie wcześniej ciąży i wcześniejszego porodu (korelacje umiarkowane). Pozostałe zmienne nie były istotnymi predyktorami. W modelu pierwszym warto jeszcze wspomnieć o zmiennej statusu ekonomicznego, której siła zależności była porównywalna do miejsca zamieszkania. Leżąca w tendencji statystycznej wartość istotności dla statusu ekonomicznego wskazuje na możliwą zależność między statusem a poziomem prywatnej opieki zdrowotnej.

Analiza pokazała, że drugi model (Tabela 3) selekcji zmiennych był dobrze dopasowany do danych i wyjaśniał także 10% poziomu prywatnej opieki zdrowotnej. W modelu pozostały tylko istotne predyktory i były to w obszarze socjodemografii: miejsce zamieszkania, edukacja i status ekonomiczny (korelacje słabe); w obszarze zmiennych związanych ze zdrowiem reprodukcyjnym (historią położniczą): występowanie poprzedniej ciąży i poprzedniego porodu (korelacje umiarkowane) oraz w obszarze klinicznym: występowanie chorób przewlekłych w rodzinie (korelacja słaba). Oceniając dodatnie związki zmiennych socjodemograficznych, można zauważyć, że im większe miejsce zamieszkania, wyższy poziom edukacji oraz większy dochód, tym wyższe wyniki poziomu prywatnej opieki okołoporodowej. W grupie zmiennych związanych z historią położniczą można wskazać, że wystąpienie poprzedniej ciąży wiąże się z wyższym wynikiem poziomu prywatnej opieki, podczas gdy występowanie poprzedniego porodu wiąże się z mniejszą wartością poziomu tej opieki. Ostatnią zmienną istotną w modelu były choroby

Model	Predyktor	B	SE	β	t	p
1	Wiek	0,02	0,02	0,06	0,84	0,400
	Miejsce zamieszkania	**0,16**	**0,07**	**0,13**	**2,18**	**0,030**
	Edukacja	**0,29**	**0,14**	**0,15**	**2,08**	**0,038**
	Status ekonomiczny	0,28	0,14	0,12	1,95	0,052
	Praca zawodowa Nie –> Tak	0,31	0,34	0,06	0,91	0,362
	Relacje Nie → Tak	–0,22	0,29	–0,04	–0,76	0,450
	Kolejna ciąża Nie –> Tak	**1,07**	**0,45**	**0,34**	**2,36**	**0,019**
	Kolejny poród Nie → Tak	**–1,18**	**0,43**	**–0,38**	**–2,73**	**0,007**
	Przebyte poronienia Nie –> Tak	–0,14	0,27	–0,03	–0,51	0,611
	Choroby przewlekłe (moje) Nie –> Tak	0,21	0,18	0,07	1,18	0,239
	Choroby przewlekłe (rodzina) Nie –> Tak	0,28	0,21	0,08	1,34	0,183
	Lęk związany z ciążą	0,01	0,01	0,08	1,40	0,162
2	Miejsce zamieszkania	**0,18**	**0,07**	**0,14**	**2,46**	**0,014**
	Edukacja	**0,38**	**0,11**	**0,19**	**3,32**	**0,001**
	Poziom ekonomiczny	**0,29**	**0,14**	**0,12**	**2,14**	**0,034**
	Kolejna ciąża Nie –> Tak	**0,96**	**0,38**	**0,31**	**2,54**	**0,012**
	Kolejny poród Nie –> Tak	**–1,05**	**0,37**	**–0,34**	**–2,83**	**0,005**
	Choroby przewlekłe (rodzina) Nie –> Tak	**0,39**	**0,19**	**0,11**	**2,01**	**0,045**

Model 1. Metoda wprowadzania zmiennych: $F(12, 290) = 3{,}75$; $p < 0{,}001$, adjusted $R^2 = 0{,}10$. Model 2. Reverse selection: $F(6, 296) = 6{,}59$; $p < 0{,}001$, adjusted $R^2 = 0{,}10$.
B – niewystandaryzowany współczynnik regresji, *SE* – błąd standardowy, β – wystandaryzowany współczynnik regresji , *t* – wartość testu, *p* – wartość istotności statystycznej

Tabela 3. Ogólny model regresji liniowej dla poziomu korzystania z prywatnej opieki zdrowotnej
Źródło: opracowanie własne.

przewlekłe w rodzinie. W grupie kobiet, w której występują choroby przewlekłe w rodzinie, poziom prywatnej opieki okazał się wyższy.

Dyskusja

Głównym celem niniejszego badania było znalezienie czynników, które wpływają na wybór świadczeń z prywatnego sektora ochrony zdrowia, określenie socjodemograficznych, klinicznych i psychologicznych czynników związanych z poziomem korzystania z prywatnej opieki prenatalnej przez kobiety ciężarne. Wyniki wskazują, że największy wpływ na decyzję o korzystaniu z prywatnych usług medycznych mają czynniki socjodemograficzne, takie jak wykształcenie i status ekonomiczny, podczas gdy czynniki kliniczne oraz lęk związany z ciążą odgrywają mniejszą rolę. Dodatkowo respondentki miały możliwość wskazania powodów, dla których zdecydowały się na skorzystanie z prywatnych usług zdrowotnych. Główne motywacje obejmowały chęć sprawdzenia dodatkowych parametrów, pomimo prawidłowego przebiegu ciąży, co wskazuje na potrzebę poczucia pełnej kontroli nad procesem zdrowotnym. Ponadto część kobiet podkreślała zachętę ze strony specjalistów, co sugeruje, że zaufanie do profesjonalistów oraz ich rekomendacje mogą znacząco wpłynąć na decyzje o wyborze prywatnej opieki. Istotnym czynnikiem była także dostępność i jakość usług, szczególnie w kontekście braku finansowania niektórych badań przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Wydaje się, że kobiety, które decydują się na płatne usługi, często kierują się potrzebą zwiększenia poczucia bezpieczeństwa, co znajduje potwierdzenie w badaniach przeprowadzonych w 2021 r. [13]. Warto zauważyć, że takie decyzje mogą być

również wynikiem braku zadowolenia z publicznej opieki zdrowotnej, na przykład z powodu długich oczekiwań na wizyty czy ograniczonego dostępu do specjalistów. Do zbadania wyżej wymienionego problemu wykorzystano ankietę skierowaną do użytkowników mediów społecznościowych. Dane literaturowe wskazują na powiązanie skorzystania z płatnych usług zdrowotnych z poziomem wykształcenia kobiety [3, 4, 7]. Zależność między wyższym poziomem wykształcenia a korzystaniem z prywatnych usług zdrowotnych jest zgodna z wcześniejszymi badaniami wskazującymi na lepszą świadomość zdrowotną oraz większą skłonność do inwestowania w zdrowie u osób z wykształceniem wyższym. Status ekonomiczny jako predyktor jest również zbieżny z wynikami innych badaczy, które sugerują, że kobiety o lepszej sytuacji materialnej częściej wybierają prywatne świadczenia zdrowotne, postrzegając je jako bardziej komfortowe i dostępne [7].

Odmienne wyniki uzyskano w przypadku wpływu doświadczeń związanych z wcześniejszymi ciążami i porodami. Kobiety, które wcześniej rodziły, rzadziej korzystały z prywatnej opieki zdrowotnej, co może wynikać z większej pewności dotyczącej przebiegu ciąży oraz lepszej orientacji w dostępnych świadczeniach publicznych [13]. Z kolei kobiety, które miały wcześniejsze doświadczenia ciążowe, ale niezakończone porodem, częściej decydowały się na korzystanie z prywatnych usług zdrowotnych. Możliwe, że wpływ na ich decyzje miały indywidualne doświadczenia związane z przebiegiem poprzednich ciąż, jednak ze względu na charakter zastosowanego narzędzia badawczego nie można jednoznacznie wskazać, jakie czynniki odegrały tu kluczową rolę.

Pomimo wcześniejszych badań wskazujących na istotny związek między poziomem lęku a decyzjami dotyczącymi korzystania z płatnych usług zdrowotnych [8] w przeprowadzonym badaniu hipoteza ta nie została potwierdzona. Brak związku może wynikać ze specyficznych cech populacji lub ograniczeń związanych z narzędziem pomiarowym. Konieczne są dalsze badania, aby precyzyjniej określić wpływ czynników emocjonalnych na decyzje zdrowotne kobiet ciężarnych.

Wyniki badania mogą być wykorzystane do lepszego dostosowania oferty opieki zdrowotnej do potrzeb kobiet ciężarnych, zarówno w sektorze publicznym, jak i prywatnym. Sugeruje się również opracowanie strategii edukacyjnych mających na celu zwiększenie zaufania do publicznej opieki zdrowotnej, szczególnie wśród kobiet, które posiadają już dzieci.

Ograniczenia badania

Głównym ograniczeniem naszego badania jest jego zakres tematyczny, który koncentrował się na czynnikach indywidualnych i systemowych, ale nie uwzględniał wprost uwarunkowań politycznych, które mogłyby wpływać na decyzje o korzystaniu z prywatnej opieki zdrowotnej. Chociaż respondentki miały możliwość wskazania dodatkowych motywatorów w pytaniu otwartym, nie pojawiły się tam inne determinanty niż te ujęte w analizie. Może to wynikać z samej konstrukcji badania, wielkości próby, ale także z faktu, że w momencie jego przeprowadzania dane kwestie nie były postrzegane jako kluczowy czynnik decyzyjny przez badane kobiety.

W przyszłych badaniach warto rozważyć pogłębione podejście jakościowe, które pozwoliłoby na bardziej szczegółowe zbadanie kontekstu decyzyjnego, w tym wpływu czynników legislacyjnych i społecznych. Dodatkowo analiza zmian w czasie – szczególnie w świetle dynamicznych zmian w systemie opieki zdrowotnej – mogłaby dostarczyć cennych informacji na temat długofalowych trendów w korzystaniu z prywatnych usług medycznych.

Wnioski

Przeprowadzone badanie dostarczyło ważnych informacji na temat czynników wpływających na decyzje kobiet ciężarnych dotyczące korzystania z płatnych usług medycznych. Decyzje te mają złożone przyczyny i zależą przede wszystkim od sytuacji socjodemograficznej kobiet. Wyniki tego badania mogą być przydatne zarówno dla decydentów polityki zdrowotnej, którzy mogą wykorzystać je do formułowania polityk zdrowotnych bardziej odpowiadających potrzebom kobiet w ciąży, jak i dla podmiotów oferujących usługi medyczne, które na podstawie badań będą mogły lepiej dostosować swoją ofertę do specyficznych potrzeb tej grupy pacjentek, takich jak dostępność opieki, jakość usług oraz możliwości finansowe. W przyszłych badaniach warto rozważyć analizę szerszego spektrum czynników, takich jak postrzegana jakość opieki, dostęp do specjalistów, a także poznanie wysokości dochodów, w celu określenia poziomu życia oraz możliwości korzystania z płatnych usług zdrowotnych.

Piśmiennictwo

1. Brady S., Lee N., Gibbons K., Bogossian F., *Woman-Centred Care: an Integrative Review of the Empirical Literature*, „The International Journal of Nursing Studies" 2019; 94: 107–119, https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.01.001.
2. Genowska A., Zalewska M., Kulesza M., *Use of Health Care by Families with Children in Poland*, „Medycyna Ogólna i Nauki O Zdrowiu" 2017; 2 (23): 79–84, https://doi.org/10.26444/monz/74383.
3. Bień A., Rzońca E., Krysa J., Iwanowicz-Palus G., Turkosz A., *Socio-Demographic Determinants of Health-Related Behaviours of Women during the Reproduction Period*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu" 2016; 22 (3): 210–215.
4. Ministerstwo Zdrowia, *Badania prenatalne dla wszystkich kobiet w ciąży*, ostatnia modyfikacja 5 czerwca 2024 r., https://www.gov.pl/web/zdrowie/badania-prenatalne-dla-wszystkich-kobiet-w-ciazy (dostęp: 10.12.2024).
5. Ministerstwo Zdrowia, *Bezpłatne szczepienia przeciw krztuścowi dla kobiet w ciąży*, Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Rawie Mazowieckiej, 2024, https://www.gov.pl/web/psse-rawa-mazowiecka/bezplatne-szczepienia-przeciw-krztuscowi-dla-kobiet-w-ciazy (dostęp: 3.01.2025).

6. Centrum e-Zdrowia, *Opieka medyczna dla kobiet w ciąży*, 2022, https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/opieka-medyczna-dla-kobiet--w-ciazy (dostęp: 10.01.2025).
7. Lutomski J.E., Murphy M., Devane D., Meaney S., Greene R.A., *Private Health Care Coverage and Increased Risk of Obstetric Intervention*, „BMC Pregnancy Childbirth" 2014; 14 (1): 13, https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-13.
8. Woźniak D., *Ocena poziomu lęku u kobiet ciężarnych w kontekście wpływu uwarunkowań biologicznych, medycznych oraz środowiskowo-społecznych*, „Pomeranian Journal of Life Sciences" 2018; 61 (4), https://doi.org/10.21164/pomjlifesci.429.
9. Dziki L., Sikora A., *Borreliosis in Pregnant Women – the Current State of Knowledge*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu" 2022; 28 (1): 1–7, https://doi.org/10.26444/monz/146450.
10. Trzcińska A., Cześcik A., Siennicka J., *State of Knowledge Concerning Congenital CMV Infection among Pregnant Women and Those Who Plan Pregnancy*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu" 2017; 23 (3): 179–184, https://doi.org/10.26444/monz/76248.
11. Troszyński M., *Umieralność okołoporodowa płodów i noworodków w latach 1999–2008 w Polsce*, „Medycyna Wieku Rozwojowego" 2010; 14 (2): 129–137.
12. Leahy-Warren P., Mulcahy H., Corcoran P. et al., *Factors Influencing Women's Perceptions of Choice and Control during Pregnancy and Birth: a Cross-Sectional Study*, „BMC Pregnancy Childbirth" 2021; 21: 667, https://doi.org/10.1186/s12884-021-04106-8.
13. Węgrzynowska M., *Private Services and the Fragmentation of Maternity Care in Poland*, „Medical Anthropology" 2021; 40 (4): 322–344, https://doi.org/10.1080/01459740.2021.1883601.
14. Zagórska E., Szablewska A.W., *Wpływ czynników prawno-religijnych na plany prokreacyjne Polaków w wieku rozrodczym*, „Pielęgniarstwo Polskie" 2024; 4 (94): 161–172, DOI: http://doi.org/10.20883/pielpol.2024.15.
15. Golinowska S., *Zmiany i reformy systemów ochrony zdrowia w krajach transformacji*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne" 2006; 4 (1): 6–28.
16. Borkowska K.K., Guzik-Makaruk E.M., Pływaczewski E.W., *Wokół problematyki karalności przerywania ciąży w Polsce*. „Prawo w Działaniu" 2023; 53: 7–19.
17. Topolska K., Dziubaszewska R., Makowicz D., *Opinia Polek na temat aborcji w Polsce*, [w:] *Badania, innowacje i pasje z perspektywy młodego naukowca*, red. R. Dziubaszewska, D. Makowicz, Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Krośnie, Krosno 2024: 61–72.
18. Nowakowska I., Drzewiecka S., Piguła B., Rasińska, R. *Opinie obecnych i przyszłych pacjentów o internecie jako marketingowym źródle informacji o podmiocie leczniczym*, „Pielęgniarstwo Polskie" 2017; 65 (3): 501–505, https://doi.org/10.20883/pielpol.2017.68.
19. Cichocka E., *Główne założenia*, [w:] *Cztery reformy. Od koncepcji do realizacji*, red. L. Kolarska-Bobińska, Oficyna Naukowa Instytutu Spraw Publicznych, Warszawa 2000: 139–144.
20. Mishtal J., *Neoliberal Reforms and Privatisation of Reproductive Health Services in Post-Socialist Poland*, „Reproductive Health Matters" 2010; 18 (36): 56–66, doi: 10.1016/S0968-8080(10)36524-4.
21. Mikołajków A., Fuchs T., Małyszczak K., *Polska adaptacja Pregnancy-Related Anxiety Questionnaire – Revised 2 (PRAQ-R2)*, „Psychiatria Polska" 2024; 58 (3): 519–528, https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/156324.
22. Michalik A., Wójcicka L., Zdun-Ryżewska A., Czerwińska-Osipiak A., Krzemiński M., Olszewska J., Klasa-Mazurkiewicz D., Huizink A.C., *Polish Adaptation of the Pregnancy-Related Anxiety Questionnaire-Revised 2 for All Pregnant Women*, „Healthcare" 2021; 9 (7): 917, https://doi.org/10.3390/healthcare9070917. PMID: 34356295; PMCID: PMC8307515.